

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

580

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Lucien VAILLANT

ANCIEN INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Sainte-Gemme (Marne)

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

QUAND LE FŒTUS EST MORT ET PETIT

Président : M. PINARD, Professeur

Juges : MM.

{	DELBET.
	VARNIER.
	BONNAIRE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898

580

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 v.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Lucien VAILLANT

ANCIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Sainte-Gemme (Marne)

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

QUAND LE FŒTUS EST MORT ET PETIT



Président : M. PINARD, Professeur

Juges : MM.

}	DELBET.
	VARNIER.
	BONNAIRE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULEBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JEFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RETTNER.	WEISS.
DELBET.		RICARD.	WIDAL.
			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

C'est à M. le Dr Lepage, médecin accoucheur des hôpitaux, et professeur agrégé que nous devons l'idée de cette thèse ; nous avons toujours trouvé d'ailleurs auprès de lui à la maternité de Beaujon et à celle de la Pitié, une si bienveillante obligeance, que ce nous est un devoir double et doublement agréable de l'en remercier ici publiquement. Que M. le Dr Ribemont-Dessaignes veuille bien accepter également l'expression de notre gratitude pour tout le bénéfice que nous avons pu tirer de notre passage dans son service, et pour l'accueil bienveillant qu'il nous y a toujours fait. Nous avons commencé nos études médicales à Reims, et nous nous acquittons avec vif plaisir de la dette de reconnaissance que nous y avons contractée auprès de nos Professeurs à l'Ecole et de nos Maîtres à l'Hôtel-Dieu.

Stagiaire ou externe, nous avons pu prendre à Paris notre part de l'enseignement dans les services de MM. Peyrot, Troisier, Cornil, Renaut et Lacombe : qu'ils nous permettent de leur en témoigner toute notre gratitude.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder notre sujet, de témoigner ici toute notre reconnaissance à M. le Professeur Pinard pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Chez une femme en travail, un fœtus mort se présente par l'épaule : il est petit, du poids approximatif de quinze cents grammes, par exemple, macéré ou non : version, embryotomie ou évolution spontanée.

Que faut-il faire ou laisser faire? Quelles peuvent être les indications de l'une ou l'autre conduite? Telle est la question sur laquelle il nous a paru intéressant d'apporter, sinon une solution originale, du moins quelques observations instructives.

Les indications, les contre-indications et le manuel opératoire des deux premières interventions ont été, selon les auteurs, discutées, précisées : l'évolution spontanée, décrite non comme une curiosité de physiologie obstétricale, mais comme une curiosité dange-reuse, ou bien est condamnée en bloc avec une

rigueur devant laquelle aucun cas particulier ne saurait trouver grâce, ou bien n'est tolérée que pour des cas exceptionnels où la petitesse du fœtus justifie à peine le nom d'une présentation : en fait, dans les seuls accouchements avant terme évidemment, il arrive qu'une évolution spontanée, rapide, surprend l'accoucheur, ou fortement commencée le tente.

Ce sont ces cas, heureux ou contrariés, qu'il nous a paru intéressant de rechercher et de relater, avec les commentaires, sinon les leçons qu'ils comportent.

Nous avons pu, grâce à la bienveillance de MM. Ribemont - Dessaignes, Maygrier, Lepage, puiser dans les observations d'un certain nombre d'années les éléments de ce travail : qu'il nous soit permis de leur en témoigner ici toute notre gratitude.

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LA
PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE
QUAND LE FŒTUS EST MORT ET PETIT

I. — *Des signes de la présentation de l'épaule avec
enfant mort et petit.*

La présentation de l'épaule, si elle est de toutes la plus rare (1 cas sur 125) d'après M. Pinard, est certainement aussi la plus fâcheuse, celle où le choix du moyen et du moment a sur le pronostic la plus redoutable importance. Le fœtus se barre à lui-même la voie. « Dès que les membranes sont rompues, dès que l'orifice est dilaté ou dilatable, si l'on n'intervient pas, l'utérus continuant à se contracter, va entreprendre une tâche gigantesque qu'il ne pourra mener à bonne fin », écrit M. le professeur Pinard (1).

Double quand l'enfant est vivant, le pronostic reste sérieux pour la mère dans les cas qui nous occupent,

(1) Ruard. Thèse d'agrégation, 1875.

aggravé même par la mort du fœtus, car l'œuf rompu, c'est la porte ouverte à la putréfaction et à la septicémie, sans qu'on puisse en mesurer d'avance le délai ni la gravité.

La mort du fœtus, surtout sa macération, sont d'ailleurs, avec la petitesse, des conditions très favorables à la présentation du tronc. La brièveté et la flexibilité du grand diamètre expliquent que l'utérus s'en puisse accommoder facilement, surtout chez une multipare.

Les signes qui permettront de faire le diagnostic de la présentation en pareil cas sont les signes ordinaires, mais généralement modifiés.

Le petit volume, la mollesse ou l'altération du fœtus gênent la palpation, en même temps qu'elles rendent la dilatation plus lente et la perception directe des parties fœtales à travers la poche des eaux ou leur ouverture plus tardive et moins nette.

Pourtant ces caractères particuliers, applicables surtout quand le fœtus est macéré, ne sont jamais en somme un obstacle sérieux au diagnostic; tout au plus nécessiteront-elles un peu plus d'attention ou de patience.

Quant aux signes de la mort du fœtus, variables d'ailleurs selon l'époque de la gestation : petit volume, mollesse de l'utérus, disparition des phénomènes réflexes de la grossesse, disparition des mouvements actifs et des bruits du cœur, mousice laiteuse, etc.,

nous n'en parlerons ici que pour rappeler la délicatesse du diagnostic et son importance capitale au cas qui nous occupe. Nous rappellerons à ce sujet que la procédence assez fréquente dans le vagin, d'un bras tuméfié, cyanosé, couvert de phlyctères, n'est pas un signe certain de la mort du fœtus, ainsi que l'avait fait remarquer déjà M^{me} Lachapelle.

Il est un phénomène dont la détermination jointe à celle de la mort du fœtus a une assez grande importance: c'est la macération.

La date approximative de la mort, l'issue au moment de la rupture des membranes d'un liquide verdâtre à l'origine, puis rosé, quelquefois noirâtre et épais, surtout la procédence d'un bras dont l'épiderme s'enlève facilement, tels sont les signes qui permettront de présumer ou d'affirmer la macération.

Non moins intéressant dans les cas qui nous occupent, sera le diagnostic de la putréfaction : celui-là généralement, le tympanisme utérin, l'augmentation de volume et le ramolissement extrême du fœtus, la fétidité qu'il exale, l'imposent.

On comprendra aisément, et nous espérons le mettre en lumière par quelques-unes de nos observations, combien la mollesse et la malléabilité du fœtus dans le premier cas, son volume parfois énorme dans le second doivent faciliter, ou au contraire aggraver à l'utérus sa tâche dans les cinq temps de l'évolution spontanée.

II. — *Des terminaisons possibles de l'accouchement et de l'évolution spontanée en particulier.*

Et ceci nous amène à parler des terminaisons possibles de l'accouchement dans la présentation de l'épaule quand le fœtus est mort, et de leurs indications respectives ; nous préciserons ensuite le mécanisme de l'évolution spontanée qui nous intéresse particulièrement. Nous tâcherons d'établir par des citations l'opinion des auteurs jusqu'aujourd'hui.

Les terminaisons possibles de la présentation de l'épaule quand le fœtus est mort sont au nombre de trois :

- 1° La version.
- 2° L'embryotomie.
- 3° L'évolution spontanée.

Le plus souvent c'est pendant le travail, après la rupture des membranes souvent très précoce, après la procédence fréquente d'un bras dans le vagin que l'accoucheur est appelé : dans ce cas, si l'utérus n'est pas complètement vide d'eau, tétanisé, si l'engagement n'est pas trop considérable emplissant l'excavation, la version podalique reste théoriquement possible : doit-elle être tentée ?

En fait nous avons trouvé jusque dans des observations récentes nombre de cas où la version podalique a été pratiquée, et souvent utilement : mais actuellement il n'est plus possible d'accorder la même innocuité à une intervention déjà peu ménagère des intérêts de la mère quand l'enfant est vivant, à plus forte raison quand le fœtus est mort, l'œuf ouvert aux germes de la putréfaction et de l'infection.

Pourtant il est un cas particulier, assez fréquent, et pour lequel l'exception paraît autorisée : c'est quand la vie de l'enfant a cessé depuis peu de temps d'être perceptible et que ni l'auscultation répétée, ni la recherche des battements du cordon souvent accessible au précédent, ne semblent guère laisser de place au doute.

Dans ces cas, où la version podalique a été impossible ou négligée en temps utile, cette même version devient-elle formellement interdite, à dater du moment précis de la mort du fœtus ? Nous ne le croyons pas, car nous ne concevons pas les contre-indications créées par ce fait seul.

Mais il se pose alors une question délicate : quel sera dans les cas de ce genre le délai maximum pour la version ; il ne nous appartient pas de formuler à ce sujet de règle précise, nous rappellerons seulement qu'en pareil circonstance, la prudence des médecins doit rester toujours bien en deçà des limites du danger, et que la version, faite le plus

près possible de la mort apparente, outre qu'elle respecte pour le fœtus, les chances d'une erreur quelquefois comme sauvegarde en même temps le mieux les intérêts de la mère.

Quand le fœtus est mort, plus ou moins altéré, l'œuf envahi par le germe de la putréfaction et de l'infection. Déjà dès 1862, Blot formulait l'opinion suivante : « Je ne savais trop répéter ce prétexte, que l'extraction du fœtus doit toujours être faite comme celle d'un corps étranger, un polype volumineux, une tumeur fibreuse considérable, c'est-à-dire *en exerçant sur les organes maternels le moins de violence possible* : or pour remplir cette indication capitale, le meilleur procédé d'opération est l'extraction par parties, c'est-à-dire l'embryotomie ». Le même principe est proclamé aujourd'hui par M. le professeur Pinard, qui rejette absolument, quand l'enfant est mort, la version par manœuvres externes.

MM. Ribemont et Lepage formulent à ce sujet une réserve ; c'est justement quand le fœtus est petit et macéré. La question est un peu plus délicate dans les cas où il s'agit d'un fœtus mort et macéré se présentant par l'épaule. L'état du fœtus est une indication pour pratiquer l'embryotomie et cependant en raison du volume généralement peu considérable du fœtus, n'est-il pas préférable de recourir à la version qui s'exécute facilement lorsque les membranes sont intactes ou rompues seulement depuis quelques instants ?

« Si donc, au point de vue théorique, la mort du fœtus se présentant par l'épaule crée une indication nette de l'embryotomie, il faut bien dire que cette indication, ne devient formelle qu'autant que l'état de retraction de l'utérus rend la version dangereuse.

« Le volume du fœtus a une certaine importance au point de vue de l'indication opératoire : s'il est volumineux et qu'on ait sous la main les instruments nécessaires, l'embryotomie est préférable ; s'il est au contraire petit, il n'y a guère d'inconvénient à procéder avec douceur à la version ».

Quant à l'embryotomie rachidienne ou cervicale, son indication est formelle quand le fœtus est à terme ou voisin du terme, même lorsque l'engagement étant très prononcé, l'excavation complètement remplie, l'évolution spontanée semble avoir conquis des droits à une expectation plus ou moins prolongée, quand à la suite de fractions irrationnelles sur le membre précédent ou sous l'influence de contractions utérines énergiques une grande partie du thorax a été foulée, enclavée dans le bassin, remplissant l'excavation, appuyant sur le périnée.

Le moignon de l'épaule entr'ouvre alors la vulve et le bras tout entier plus ou moins noirâtre, œdématié, couvert de phlyctènes pend au dehors. *Dans ces cas ou l'évolution spontanée est commencée, gardez-vous d'en attendre l'accomplissement.*

Faites la section qui portera sur le tronc et non

sur le cou. » Varnier, (*Journal d'Obstétrique et d'Hygiène de l'enfance*).

Cette indication de l'embryotomie est-elle générale, absolue ? Sans rien préjuger à cet égard, nous allons décrire un troisième mode de terminaison dans les présentations de l'épaule, particulière au cas où le fœtus est de petit volume : la terminaison spontanée. Elle est possible elle-même de deux façons : soit que sous la pression de l'utérus le plan longitudinal du fœtus se redressé et transforme du même coup l'épaule en un sommet, c'est la version spontanée, terminaison heureuse mais imprévue et qu'on n'est jamais en droit d'espérer, soit que l'utérus réussisse à expulser dans la position où il s'est fixé un fœtus assez malléable : c'est l'évolution spontanée. Elle comporte cinq temps analogues à ceux de l'accouchement par le sommet, mécanisme que P. Dubois a le premier élucidé et qu'il décrit ainsi.

« Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines, c'est le pelotonnement du fœtus. Celui-ci se moule sur la cavité contractile dans laquelle il est contenu. Puis les contractions continuant avec énergie, l'épaule s'engage dans la filière du bassin, alors le pelotonnement du fœtus est plus considérable ; l'épaule arrive au détroit inférieur sur le plancher du bassin, là, le fœtus subit un mouvement de rotation qui place l'épaule vers les pubis, alors le bras se dégage hors de la vulve. Dans le mouvement

de rotation, la tête s'est trouvée portée au-dessus des pubis.

Si l'on suppose maintenant des contractions plus énergiques, celles-ci engageront le fœtus dans l'excavation du bassin. C'est alors qu'il existe la plus grande analogie entre ces positions et celles du sommet. En effet, quand la tête a subi ce mouvement de rotation l'occiput serait représenté par l'épaule et le reste du sommet par la partie latérale du tronc. L'on verra donc se dégager le côté de la poitrine, le côté proprement dit, les hanches, puis plus tard les fesses, mouvement qui offre la plus grande analogie avec le mouvement d'extension de la tête dans la présentation du sommet. » (1)

Mais cette évolution par le canal pelvien d'un fœtus en position transversale exige d'une façon presque absolue des conditions particulières que nous étudierons plus loin, et à défaut desquelles les intérêts de la mère ou son existence même sont immédiatement compromis.

Il faut en effet que l'évolution commencée s'achève promptement, que l'effort considérable du muscle utérin ne reste pas inutile, et ne se heurte pas à une résistance prolongée, sinon c'est l'utérus lui-même qui cédera et cette rupture généralement mortelle, se traduira bientôt par ses symptômes habituels ; ou bien

(1) Paul Dubois, Gazette des hôpitaux, 1841.

les forces générales de la parturiente failliront et elle succombera d'épuisement avec un fœtus à terme l'une ou l'autre alternative est fatale.

D'ailleurs s'acheverait-elle heureusement après un temps prolongé, l'évolution spontanée laborieuse n'en exposerait pas moins la femme aux dangers de l'inertie utérine consécutive et de l'infection.

C'en est assez semble-t-il pour ne laisser jamais à l'évolution commencée un délai plus grand que celui nécessaire aux préparatifs d'une embryotomie immédiatement décidée, et de fait il est arrivé assez souvent que pendant ces préparatifs même à l'hôpital où ils exigent le minimum de temps, l'évolution spontanée commencée ou non s'est terminée sans encombre en quelques minutes : l'observation VI en est un exemple. Il n'est pas douteux que des faits de ce genre soient plus fréquents encore à la campagne, nous en citons plus loin un cas particulièrement extraordinaire.

L'embryotomie n'a pas comme la version, quand l'enfant est vivant, un temps d'élection, hors duquel elle n'est plus permise, elle est à tout moment possible ; mais encore ne faudrait-il pas s'autoriser justement de cette latitude pour une expectation dangereuse.

Les observations d'évolution spontanée que nous publions plus loin et parmi lesquelles il nous a été impossible de relever un cas malheureux, semblent

fortement contredire la thèse que nous défendons, mais nous ne les citons justement qu'à titre de curieuses exceptions et ne nous en croirions jamais autorisé à modifier ou à atténuer le principe général que nous avons défendu.

Dans tous ces cas à effet, l'évolution spontanée a été une surprise et non une méthode.

Il y a d'ailleurs dans l'histoire de l'évolution spontanée un fait qui nous a paru intéressant, c'est la faveur puis la défaveur absolue qui, avec les auteurs différents, en ont marqué le pronostic.

Deumann, un des premiers qui aient bien observé l'évolution spontanée, prétend en avoir constaté trente cas, dont beaucoup sont probablement fort contestables, croit pouvoir formuler l'opinion suivante, d'un optimisme invraisemblable aujourd'hui :

« Quant à la façon dont cette évolution a eu lieu, je suppose qu'après l'action longtemps continue de l'utérus, le corps de l'enfant se trouve tellement compact qu'il subit toute la pression de chaque nouvelle contraction. Le corps plié en deux est trop volumineux pour traverser le bassin, et l'utérus agit sur son extrémité inférieure; cette dernière, qui est la seule partie capable d'être mise en mouvement, descend graduellement, au fur et à mesure qu'elle s'abaisse, elle laisse dans la cavité de l'utérus qui vient d'être évacuée, de la place pour une autre partie, jusqu'à ce que le tronc, tournant pour ainsi dire

autour de son axe propre, le siège de l'enfant se trouve expulsé, comme s'il y avait eu une présentation primitive de l'extrémité pelvienne. » *A. Deumann. Introduction à la Pratique des Accouchements, 1792 ; traduit en français en 1802).*

Cette évolution est possible pour des fœtus volumineux et à terme, « pourvu qu'on ne dérangerât pas, par des manœuvres inconsidérées, la marche de la nature. »

Velpeau, sur la foi des assertions favorables de Deumann, crut pouvoir livrer à la nature l'expulsion d'un fœtus à terme et la terminaison heureuse sinon rapide (vingt-sept heures de travail) et la description qu'il en fit semblaient devoir fixer les esprits dans cette opinion.

« Une jeune femme, enceinte pour la première fois, entra à l'hôpital de l'École de Médecine au mois d'août 1825, à dix heures du matin. Le col était encore peu dilaté; toutefois, je pus reconnaître l'épaule gauche en deuxième position. Les eaux ne s'écoulèrent qu'à trois heures de l'après-midi. Quatre élèves déjà instruits exercèrent le toucher et reconnurent comme moi la présence de l'épaule. Je ne voulus pas aller à la recherche des pieds, je n'étais pas sans quelque confiance dans les assertions de Deumann. Les douleurs n'étaient ni très fortes, ni très fréquentes. A huit heures, l'épaule est sensiblement déjetée vers la fosse iliaque gauche, et je

pus facilement sentir l'oreille droite. A onze heures, la tempe est presque au centre de l'orifice; l'énergie des contractions est augmentée et le col est complètement effacé. A minuit, le nertex s'abaisse, la tête s'engage et dans l'espace d'une heure l'enfant est expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite. » (*Velpeau, Traité de l'Art des Accouchements*).

En dépit des assertions de Deumann et de l'observation rassurante de Velpeau, le pronostic maternel et fœtal de l'évolution spontanée prit un caractère de gravité redoutable qu'il a conservé jusqu'ici. Et Pajot écrivait à ce sujet :

« L'accouchement spontané est tellement rare et tellement dangereux pour l'enfant et pour la mère dans la présentation du tronc, qu'un accoucheur serait coupable d'y compter quand il est appelé en temps utile pour appliquer les secours de l'art si admirablement efficaces dans ces sortes de cas. »

Actuellement enfin cet arrêt n'a rien perdu de sa rigueur, et sans vouloir envisager autrement que pour en signaler la possibilité et non la légitimité des évolutions avec enfants petits, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage terminent la description du phénomène par les réflexions suivantes :

« Ce n'est pas sans quelque hésitation que nous avons décrit l'évolution spontanée et surtout reproduit d'après nature les figures de mécanisme si rare : c'est en effet une terminaison de la présentation de

l'épaule qu'il vaudrait mieux peut-être ignorer. La considérer comme une terminaison favorable et assez fréquente de la présentation de l'épaule serait une erreur dangereuse.

« Pour que cette évolution spontanée puisse en effet s'accomplir, il faut la réunion de plusieurs conditions favorables : bassin large, enfant petit ou macéré, contractions utérines énergiques et rapprochées; elle n'est pas possible avec un fœtus à terme, normalement développé.

« Aussi ne faut-il jamais, dans la pratique, compter ni sur la version spontanée, ni sur l'évolution spontanée. »

Il est impossible, croyons-nous, de condamner d'une manière plus formelle et plus générale cette terminaison de la présentation de l'épaule.

L'évolution spontanée se relèvera-t-elle jamais d'un pareil arrêt? Nous ne le croyons pas, et notre intention n'est certes point de la réhabiliter.

Nous sommes fermement convaincu qu'on ne saurait être trop exclusif en pareille matière, et si les faits de la clinique sont venus quelquefois donner à la rigueur de ces conclusions un démenti apparent, nous ne prétendons, dans cette thèse, qu'en noter au passage l'innocuité toute fortuite.

Avant de publier les observations qu'il nous a paru intéressant de relever au sujet de l'évolution spontanée, nous allons essayer d'indiquer les conditions

physiologiques ou pathologiques spéciales, qui isolées ou associées, peuvent en modifier quelquefois l'allure et le pronostic.

A. — C'est d'abord du côté de l'œuf : Le volume du fœtus qu'il est généralement possible d'établir assez exactement par le terme de la grosseur, la date probable de la mort et surtout les dimensions immédiatement appréciables par la palpation. L'état de macération ou de putréfaction dont nous avons énuméré les signes, le nombre des fœtus, la fréquence de l'avortement et de la systocie dans les grossesses gémellaires justifie en effet cette considération. Elle aggrave évidemment le pronostic de l'évolution spontanée surtout si c'est le premier fœtus qui se présente par l'épaule. L'hydramnios, autre cause fréquente de dystocie et souvent associée à la mort du fœtus (syphilis) comporte un pronostic également défavorable pour une évolution spontanée.

B. — Du côté du bassin : la largeur du bassin peut dans certains cas être une explication suffisante et de la dystocie et de l'évolution spontanée. L'altération des diamètres au contraire, cause de dystocie également, ne nous a pas semblé dans les cas obscurs en aggraver sensiblement le pronostic comme il eut été rationnel de le croire, et le fœtus petit s'en accommode comme d'un bassin normal.

C. — Du côté de la mère elle-même : nous retrouvons des conditions qui peuvent avoir sur la marche et

l'issue de l'évolution spontanée, une influence capitale : la constitution de la femme, la parité surtout, et de fait dans les observations que nous avons eues sous les yeux comme dans celles que nous avons relevées, *la très grande majorité se rapportait à des multipares*, la marche des grossesses antérieures est également intéressante à ce point de vue.

D. — Mais, et c'est là vraiment, subordonné ou non aux conditions antérieures, le facteur important dans l'évolution spontanée. C'est l'énergie et la fréquence des contractions utérines qui décident à la fois et de la marche du travail et de celle de l'expulsion : c'est sur elles qu'à la rigueur on serait autorisé à compter pour une expectation toujours armée et toujours brève.

OBSERVATION I

Présentation de l'épaule. — Intervention tardive.

Enfant mort et putréfié. — Embryotomie.

La nommée E..., vingt sept ans, secondipare est amenée sur un brancard à la Maternité de Beaujon, le 4 février 1888. Elle est enceinte de neuf mois, a déjà eu un enfant venu vivant à terme.

La grossesse actuelle a été marquée par trois grandes hémorragies, que l'on ne s'explique pas car le placenta est inséré sur le segment moyen de l'utérus.

La femme a perdu les eaux le 1^{er} février.

Le 3 février les premières douleurs ont apparu ; elle vont en se rapprochant. On fait appeler une sage-femme qui reste auprès d'elle jusqu'à la dilatation complète.

Quelques heures après, la sage-femme voyant que l'accouchement ne se fait pas, pratique le toucher et constate qu'aucune partie n'est engagée. Elle envoie

chercher une de ses collègues puis un médecin qui conclue à une présentation de l'épaule et fait quelques tentatives de version infructueuses, l'utérus étant vide d'eau, le médecin envoie alors la parturiente à l'hôpital.

État actuel. — La malade souffre beaucoup, l'utérus est contracturé ; le palper ne donne rien, on n'entend pas les bruits du cœur. L'enfant est mort depuis douze heures au moins nous dit-on. Le bras droit fait procidence hors de la vulve ; en touchant, on sent le cordon dans le vagin puis on arrive au creux de l'aisselle. La tête est dans la fosse iliaque gauche. On est en présence d'une A I G de l'épaule droite.

M. Ribemont prévenu vient à neuf heures du soir.

Embryotomie. — L'enfant, putréfié, est extrait en trois morceaux. On a d'abord sectionné la tête, puis le bras procédant étant tiré pour amener le tronc reste dans les mains de l'opérateur qui introduisant, alors deux doigts dans la cavité thoracique du fœtus ramène le tronc : pour sortir la tête, il place encore deux doigts dans la bouche du fœtus et la tête vient assez facilement pour que le bassin soit vicié légèrement (diamètre promonto sous-pubien dix et demi angle sacro-vertébral accessible).

Délivrance normale un quart d'heure après l'opération. Nombreuses injections pour laver l'utérus dont l'écoulement a une odeur fétide insupportable.

Les jours suivants la température reste à 37° et le 14 février la malade sort dans un état très satisfaisant.

Cette observation est intéressante en ce sens que toutes les chances d'infection semblaient se rencontrer, puisque 1° L'eau est écoulée depuis trois jours.

2° On a procédé en ville à des tentatives de version.

3° Le fœtus était putréfié.

En dépit de ces circonstances essentiellement défavorables, la température est restée normale.

OBSERVATION II

Rupture prématurée des membranes.

Présentation de l'épaule gauche.

Évolution spontanée.

Enfant mort pendant le travail.

La femme P..., trente-sept ans, concierge, entre à Saint-Louis le 6 août 1895, à neuf heures quinze du matin.

Antécédents personnels.

Première grossesse. — Il y a huit ans et demi. Accouchement normal à terme, garçon né vivant, bien portant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse. — Il y a six ans et demi. Accouchement spontané prématuré du terme de huit mois et demi. Durée du travail, deux heures. Enfant né vivant, mort quinze jours après. Suites de couches normales.

Troisième grossesse. — Il y a un an et demi.

Accouchement spontané à terme. Travail pendant deux heures. Enfant né vivant, mort une demi-heure après.

Quatrième grossesse actuelle. — Dernières règles du 12 au 14 décembre. D'après cette date, la malade serait enceinte de sept mois et demi. Rien à signaler pendant le cours de cette grossesse. Le 4 août, à deux heures trente du matin, la malade perd de l'eau. Elle fait appeler une sage-femme qui l'examine et ne trouve aucun début de travail.

La malade continue à vaquer à ses occupations, tout en perdant de l'eau.

Le 5 août, à onze heures du soir, apparition des premières douleurs. Une demi-heure après, les douleurs continuant, elle fait appeler de nouveau la sage-femme, qui l'assiste jusqu'à deux heures du matin sans constater la présentation de l'épaule.

A ce moment elle commence à faire pousser la malade. Après plusieurs efforts, le bras gauche fait issue au dehors.

A quatre heures du matin la sage-femme fait une tentative de version, mais ne pouvant arriver à saisir un pied, elle fait appeler un médecin qui, à plusieurs reprises, essaie de faire la version, mais sans y réussir, et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

Elle entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 6 août, à neuf heures quinze du matin.

A son entrée, on constate un utérus développé comme pour une grossesse de sept mois et demi environ.

La tête ballotte dans la fosse iliaque gauche. Le dos est en arrière, le siège dans la fosse iliaque droite. Le bras gauche est procédent hors de la vulve qui est très oedématiée. Il est sans mouvement.

Dilatation complète, épaule gauche très engagée en AIG dorso-postérieure, on arrive sur l'acromion le creux axillaire, le gril costal.

L'utérus est dur et se contracte assez fréquemment.

Absence des battements du cœur fœtal. La malade a cependant senti toujours remuer son enfant et le bras procédent remuait deux heures environ avant son entrée à l'hôpital.

On essaie de faire la version, mais l'épaule est trop engagée.

La malade a des contractions très énergiques et rapprochées et fait des efforts d'expulsion.

L'épaule est à ce moment très profondément engagée.

A neuf heures vingt, l'épaule gauche vient se placer sous le pubis et est poussée de plus en plus par les contractions utérines. Le plan latéral gauche se dégage par un mouvement d'inflexion latérale.

Le siège, les bras, puis la tête se dégagent sans

difficulté et très rapidement sans qu'on soit obligé de faire la manœuvre de Mauriceau.

Enfant né mort. Poids, 1.940 grammes.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'accouchement.

Il manque un peu de caduque.

L'enfant et le placenta sont fétides.

A dix heures quinze, injection intra-utérine de 10 litres de bi-borate de soude. Le liquide ramène des débris de caduque.

On remarque que le membre supérieur gauche est augmenté de volume, surtout au niveau de l'avant-bras. Il existe des phlyotéries sur la face interne de l'avant-bras et du bras.

La bosse sero-sanguine occupe toute la partie latérale gauche du thorax et remonte en arrière du côté du dos.

Température normale.

Cette femme dont deux accouchements antérieurs ont été particulièrement rapides, puisque la durée du travail dans les deux cas n'a guère excédé deux heures, expulse sans accident par évolution spontanée un fœtus de 1940 grammes en voie de macération ; d'autre part, malgré la rupture précoce des membranes, des tentatives de version infructueuses, la fétidité de l'œuf, et cette évolution même, l'accouchement a des suites normales, et la parturiente n'a pas de fièvre.

OBSERVATION III

Fœtus mort et macéré de 2120 grammes
Embryotomie d'emblée suivie de température.
Curettage.

Primipare, dix-neuf ans, entre à la Clinique Beau-delocque, le 11 novembre 1893, à quatre heures du matin ayant des douleurs depuis le 10 novembre à sept heures du soir.

D. R. du 18 au 26 février. Mouvements actifs en juillet.

En janvier 1893, cette femme eut une éruption de taches roses sur le ventre et sur le dos, a présenté ensuite des boutons au pourtour de l'anus au mois de juillet ; actuellement, pléiade ganglionnaire au niveau des deux aines, la femme ne sent plus remuer le fœtus depuis le 17 octobre.

A l'entrée de la femme dans le service, on constate que l'utérus est mou, on ne sent aucune partie

foétale, l'auscultation est négative ; au toucher, dilatation grande comme une paume de main, le bras gauche est dans le vagin, la main arrive presque à la vulve, le fœtus est macéré, les membranes sont rompues depuis deux heures du matin.

A cinq du matin, la dilatation est complète. La femme a des douleurs d'expulsion, l'avant-bras sort de la vulve, la femme pousse énergiquement pendant quelques contractions puis les douleurs diminuent d'intensité.

A cinq heures quarante-cinq, l'orifice est revenu sur lui-même et n'a plus que les dimensions d'une paume de main et à six heures quinze d'une pièce de cinq francs. M. Lepage est prévenu, après avoir constaté une présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure, il pratique l'embryotomie avec les ciseaux de Dubois. A huit heures dix, il extrait le tronc du fœtus ne peut abaisser suffisamment la tête qu'il extrait à l'aide d'une pince à os. Il pratique ensuite la délivrance artificielle à une heure du matin et fait une irrigation intra-utérine à l'eau phéniquée.

Fœtus du sexe féminin mort et macéré, pèse 2.120 grammes. Membranes incomplètes, poids du placenta 550 grammes.

La température reste normale les 11, 12, 13 et 14 novembre ; le tampon de gaze iodoformée qui est dans le vagin est expulsé spontanément le 14. On fait des injections vaginales plus fréquentes.

15 novembre. — Température, matin, 38°2 : 0gr. 25 de sulfate de quinine, 0,25 de calomel. Garde-robe abondante. A deux heures de l'après midi, T = 38°3, injection intra-utérine avec seize litres de briodure et quatre litres d'eau pléniquée ; une demi heure après, frisson.

A cinq heures trente du soir, la température est de 39°7, on soumet la femme à l'irrigation continue.

La température baisse progressivement jusqu'à 37°9 à huit heures du matin le 16 ; on cesse l'irrigation à neuf heures du matin ; on la reprend a une heure de l'après-midi, la température s'étant relevée à 38°7, elle atteint 39°1, à trois heures de l'après-midi.

L'irrigation est continuée jusqu'à cinq heures du soir le 17 ; à ce moment la température est de 38°2. M. Wallich pratique le curettage, la femme perd du sang en grande quantité, compression de l'aorte, tamponnement à la gaze iodoformée. Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°5.

Le 26. — La température est le matin, 38°2, M. Wallich pratique un second curettage. Il s'écoule de l'utérus une certaine quantité de pus. A partir de ce moment, la température descend progressivement et devient tout à fait normale à partir du 1^{er} décembre.

Il est intéressant de remarquer ici, que, chez une primipare, après regression du travail, l'embryotomie pratiquée sur un fœtus mort depuis un mois et macéré,

est suivie d'une élévation de température qui dure plusieurs jours, va jusqu'à 39° et cède à un curetage.

Il s'est donc produit ici une infection locale et passagère, bien que l'intervention opératoire ait été pratiquée d'emblée et aussitôt qu'elle fut possible.

OBSERVATION IV

*Température à l'arrivée. — Lenteur du travail.
Placement d'un ballon. — Évolution spontanée.
Suites favorables*

Observation 261. — T. D... vingt-huit ans, secondipare, entre le 13 février 1896, huit heures du soir. Premier enfant vivant.

Grossesse actuelle. — Père différent.

D. R... 11 au 14 juillet 1895.

Écoulement sanguin revenant chaque mois.

Le 11 février, écoulement sanguin plus abondant. A perdu de l'eau le 13 février à minuit ; souffre depuis ce moment.

Hauteur utérus, 29 centimètres au-dessus de la symphyse. A son entrée, température 38°2. Pouls 120.

La dilatation est comme 0,50. Présentation de l'épaule : enfant vivant. Toute la nuit, la dilatation reste stationnaire, la femme n'éprouve pas de contractions. Le 14 février, vers huit heures trente minutes on voit la main droite hors de la vulve.

A sept heures du soir, la dilatation restant stationnaire liquide fétide, M^{lle} Roze introduit un ballon Champetier de Ribes, après avoir tenté de rétropulser le bras ; mais vu le danger de cette manœuvre le ballon est distendu, le bras restant procédent. On entend encore les bruits du cœur.

A partir de ce moment les contractions deviennent fréquentes et le ballon est expulsé à deux heures quarante du matin ; la femme fait des efforts d'expulsion, M^{lle} Roze essaie de pratiquer une version par manœuvres internes ; mais voyant la rétraction de l'utérus sur le fœtus mort, elle n'insiste pas. L'expulsion d'un fœtus mort-né du sexe masculin a lieu après évolution spontanée le 15 février à quatre heures du matin. Poids du fœtus 2,100 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Poids du placenta 400 grammes.

Suites de couches, température maxima 38° pendant deux jours.

Cette observation est intéressante : 1° par la température 38°2 dès l'arrivée, due sans doute, la poche des eaux étant alors intacte, aux hémorragies par insertion vicieuse probable ; 2° par la lenteur du travail qui, le liquide devenant fétide, exige l'introduction d'un ballon malgré la procédence irréductible d'un bras ; 3° et surtout par l'évolution facile d'un fœtus de 2.100 grammes et non macéré, n'ayant pas aggravé l'état fébrile antérieur.

OBSERVATION V

*Évolution spontanée d'un fœtus de 2.330 gr.
en voie de macération.*

La nommée E..., secondipare, vingt-six ans, arrive à la Maternité de la Pitié, le 15 avril 1897.

En découvrant la femme, on voit le bras gauche du fœtus sorti tout entier de la vulve et le tronc incurvé est aperçu dans l'écartement des grandes lèvres le périnée bombe fortement et une main y est appliquée, léger mouvement de rotation du tronc, dégagement rapide des hanches, puis des membres inférieurs et manœuvre de Mauriceau.

Délivrance naturelle aussitôt après.

Le fœtus pèse 2.330 grammes et a subi un commencement de macération.

La femme E..., sort en bon état.

Cette observation d'évolution spontanée est intéressante par la facilité avec laquelle elle s'est faite, avec un fœtus de 2.330 grammes légèrement macéré.

OBSERVATION VI

Évolution spontanée. — Terme sept mois.

La nommée L..., vingt-deux ans, couturière, primipare, entre à l'hôpital Beaujon le 4 avril, à neuf heures du soir, enceinte de sept mois et en travail; l'enfant mort présente l'épaule gauche en AFDDA. Apparition des premières douleurs le 4 avril, à midi; contractions énergiques et régulières, membranes rompues le 3 avril, à onze heures du soir. Dilatation complète le 5, à une heure et demie du matin. Évolution spontanée terminée à deux heures du matin. L'enfant mort, du sexe masculin, pèse 1.600 grammes.

Délivrance naturelle même jour, à deux heures du matin.

Suites de couches normales; cette femme part en bon état le 14 avril.

L'intérêt de cette observation réside en ce que c'est ici une primipare qui, avec un fœtus de sept mois, pesant 1.600 grammes et non macéré, entreprend et mène à bonne fin une évolution spontanée qui dure il est vrai une demi-heure, temps relativement considérable, mais ne comporte aucune suite fâcheuse.

OBSERVATION VII

Épaule gauche en A. I. G. — Dorso-postérieure.

Enfant macéré.

*Tentatives de version faites par une sage-femme
de la ville.*

Évolution spontanée.

La nommée B..., vingt et un ans, primipare, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 19 janvier 1896, à quatre heures et demie du soir; elle est en travail depuis la veille, dix heures du soir.

Dernières règles du 23 au 27 avril 1895. Mouvements actifs au commencement d'août.

A six heures du matin, elle a fait appeler une sage-femme qui a constaté que l'enfant était vivant; le travail étant peu avancé, elle s'est retirée, après avoir fait le diagnostic de présentation du siège; elle revient vers deux heures du soir, et après avoir rompu les membranes, tente la version et ramène à la vulve le bras gauche. Elle ne constate la mort de

l'enfant que lorsque le bras fait issue au dehors; elle essaie de nouveau de ramener un pied, mais ses tentatives restant infructueuses, elle conseille à la **malade** d'entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, à quatre heures et demie du soir, on constate une dilatation complète; le bras gauche est recouvert de phlyctènes et fait issue au dehors, le cordon est également procédant; c'est une présentation en A. I. G. de l'épaule gauche; l'épaule est profondément engagée, on sent nettement tout le tronc. L'évolution commence à se faire. Absence de battements du cœur.

Pensant que l'évolution ne pourra s'achever, on prévient M. Lepage, qui fait préparer les instruments nécessaires pour une embryotomie.

Quatre heures quarante-cinq : La malade commence à faire des efforts d'expulsion, l'épaule gauche apparaît sous la symphyse; on aide à l'évolution en exerçant des pressions sur la tête, qui se trouve un peu en avant de la fosse iliaque gauche.

Cinq heures et demie : L'évolution spontanée se fait, l'épaule gauche se dégage, puis tout le tronc, par un mouvement d'inflexion latérale, puis le siège et la tête sort ensuite facilement.

Enfant macéré, du sexe féminin, pesant 2.150 gr.

Délivrance naturelle. Suites normales.

La mère quitte le service le 30 janvier 1896; son état général est bon.

Cette femme est primipare ; cette fois le fœtus pèse 2.150 grammes, macéré il est vrai, et l'évolution qui dure, en raison de la primiparité et du volume, le temps exceptionnel d'une heure, prévient une embryotomie décidée et n'est suivie d'aucun accident.

OBSERVATION VIII

*Présentation de l'épaule gauche en D A. — Rupture
de l'utérus. — Embryotomie par
Monsieur Ribemont-Dessaigues. — Mort.*

La nommée L..., trente-six ans, multipare, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaigues, le 30 mai 1890, à dix heures et demi du matin.

Toujours bien portante. Huit accouchements spontanés à terme (huit sommets).

Dernières règles, 6 octobre 1889, elle est donc enceinte de huit mois. A son entrée, elle perd un peu de sang.

Au palper : tête balottant au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche, siège au fond de l'utérus. Bruits du cœur à gauche.

Au toucher : col largement ouvert, membranes rompues, pas de début de travail, bassin normal.

31 mai. Pas d'albumine.

A quatre heures du soir premières douleurs, à neuf heures dilatation grande comme cinq francs. Au toucher on trouve un coude. La tête ne peut-être ramenée au détroit supérieur. A dix heures et demie, dilatation complète et pendant que l'on essaie par la version mixte à ramener la tête au détroit supérieur le bras se défléchit brusquement et l'épaule s'engage. Le bras qui pend dans le vagin est le bras gauche. C'est une présentation de l'épaule gauche en D A. Les bruits du cœur ont cessés d'être perceptibles. La version est tentée sans succès. Impossible de faire remonter l'épaule, il n'y a plus de liquide dans l'utérus qui est fortement rétracté sur le fœtus.

M. Ribemont est prévenu, les bruits du cœur fœtal cessent avant son arrivée, les douleurs ont été très vives et la femme a poussé involontairement.

A son arrivée, vers deux heures et demie, M. Ribemont trouve chez cette femme le faciès d'une rupture de l'utérus; il se décide à pratiquer une embryotomie avec son embryotome.

Les deux branches sont placées autour du cou avec difficulté : la section est faite en vingt secondes. Le tronc et le bassin sont facilement extraits au moyen de tractions sur le bras, la tête vient plus difficilement. Le maxillaire inférieur est rompu. Le forceps, le céphalotribe sont essayés sans résultat, la tête fuit toujours, enfin à deux heures quarante-cinq

M. Ribemont la saisit solidement de la main droite et parvient à l'extraire.

Délivrance naturelle, dix minutes après, M. Ribemont ayant diagnostiqué une rupture utérine fait un tamponnement avec de la gaze iodoformée. La malade meurt le 1^{er} juin.

L'enfant est un garçon, toutes les parties réunies pèsent 1.560 grammes.

L'autopsie de la mère a permis de constater au niveau du cul de sac latéral gauche une ouverture de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Cette observation est particulièrement intéressante, la rupture utérine a précédé l'embryotomie et n'est imputable qu'aux tentatives de version faites alors que la mort probable du petit fœtus due à l'état tetanique de l'utérus rétracté, et cette rétraction même les contre-indiquaient formellement.

OBSERVATION IX

Femme amenée de la ville.

Présentation de l'épaule gauche. — Enfant putréfié.

Rupture utérine. — Embryotomie.

Délivrance artificielle, mort de la femme.

La nommée G..., multipare, entre à la Clinique Baudelocque le 23 août, à cinq heures trente du soir ; pas d'antécédents pathologiques. Ses dernières règles le 30 octobre 1891. Les sept grossesses antérieures ont été normales et les accouchements à terme.

Le 23 août, à cinq heures du soir, la nommée G..., est amenée de Gentilly à la Clinique par un ancien élève du service. Cette femme est immédiatement transportée à l'isolement T = 38°2.

En l'examinant on remarque un aspect cyanosé, les lèvres violacées, marbrures sur tout le corps, principalement sur l'abdomen.

Dyspnée intense. Pouls incomptable. Collapsus. L'utérus est tétanisé, les membranes rompues depuis

quarante-huit heures. Tympanite utérine. La main et l'avant-bras gauche du fœtus sont en dehors de la vulvè : le fœtus est putréfié. Des gaz et un liquide infects s'échappent par la vulve. Immédiatement, injection antiseptique : inhalations d'oxygène, piqûres d'éther.

Le médecin qui amène cette femme a été appelé près d'elle à deux heures du soir, le 23 août par un confrère appelé lui-même par la sage-femme chargée de l'accouchement. Il a fait des tentatives infructueuses de version après avoir comme son confrère tenté d'appliquer le forceps sur ce qu'il croyait être le siège. Les membranes avaient du reste été rompues le 21 août avant le début du travail.

Depuis la veille 22 août, une sage-femme était près de cette femme, mais on ne sait depuis quand l'enfant est mort.

On prévient M. Varnier qui pratique immédiatement l'embryotomie sans chloroforme, à l'aide de l'embryotome Ribemont. Introduction par la voie antérieure, crochet à gauche, placement facile sur le cou totalement accessible. Sciage rapide. Embryotomie cervicale. Le tronc du fœtus a été assez facilement extrait. Il faut abaisser le bras supérieur, le bras procédant augmenté de volume par la putréfaction, se laissant arracher ; manœuvre de Champetier de Ribes : à l'aide d'une pince à os appliquée sur le maxillaire inférieur, M. Varnier finit par extraire la

tête du fœtus, laquelle est volumineuse. Pendant l'extraction du tronc la vessie se vide : l'urine n'est pas sanguinolente.

L'enfant pèse 3.600 grammes M. Varnier veut immédiatement pratiquer la délivrance, mais il pénètre d'emblée dans la cavité abdominale et palpe à gauche l'intestin à nu. Retirant alors la main, il entre dans la cavité utérine où il décolle le placenta qui est putréfié, il fait un lavage avec eau bouillie et tamponnement vaginal avec gaze iodoformée. T après l'accouchement = 37°6. Mort imminente. Piqûres d'éther inhalation d'oxygène.

Autopsie trente six heures après la mort. Pièces conservées au Musée pour l'étude de la rupture utérine.

Ici c'est un fœtus à terme et de plus putréfié dont il s'agit : on a fait au dehors des tentatives infructueuses de version et de forceps sur un prétendu siège, et le résultat immédiat d'interventions particulièrement dangereuses en pareil cas a été, avec une élévation de température, la rupture de l'utérus, qu'aucune embryotomie précocé eut certainement prévenues.

Ces différentes observations, nous tenons à le redire, nous ne les avons relevées qu'à titre d'exceptions intéressantes et pour prouver seulement que dans le cas qui nous occupe les prévisions les plus rationnelles, favorables ou défavorables, sont exposées à recevoir assez souvent des faits, un démenti.

C'est ainsi que : 1° Dans un cas d'embryotomie sur un fœtus putréfié (Observation I), dans un autre d'évolution spontanée avec fœtus macéré fétide (Observation II), il n'y a pas la moindre élévation de température;

2° Au contraire, après une embryotomie faite dans des conditions normales et sans retard (Observation III), la température est élevée pendant quelques jours;

3° Au point de vue spécial de l'évolution spontanée, nous avons relevé des poids fœtaux particulièrement élevés : 1.600 grammes (Observation VI), 1.940 gr. (Observation II), 2.100 gr. (Observation IV), 2.150 gr. (Observation VII), 2.330 gr. (Observation V), dont trois il est vrai étaient macérés. Deux évolutions spontanées chez des primipares ont été particulièrement longues sinon graves : Observation VI, une demi-heure; observation VII, une heure;

4° Enfin, établir une fois de plus la gravité de pareilles manœuvres quand l'utérus est vide d'eau et que le fœtus a succombé; deux cas de rupture utérine consécutifs, l'un à des tentatives de version sur un fœtus petit (Observation VIII), l'autre à des tentatives de version et de forceps sur un fœtus gros et putréfié (Observation IX).

D'autre part, le relevé des évolutions spontanées normales observées dans les Maternités de Beaujon

et la Pitié, dans les dix dernières années, donne le tableau suivant :

XIII	pare	390	grammes, macéré	4	mois 1/2
III	—	425	—	5	—
VI	—	430	—	5	—
II	—	500	—	5	— 1/2
III	—	530	—	5	—
IV	—	605	—	5	—
I	—	750	— macéré	6	—
II	—	1.200	—	6	—
V	—	1.265	—	6	—
VII	—	1.300	— macéré	7	—
IV	—	1.560	—	7	—
I	—	1.610	—	7	—

On remarquera : 1° Que l'évolution spontanée ne commence guère à mériter ce nom qu'avec un fœtus de cinq mois environ; 2° que le terme de sept mois paraît être la limite opposée du moins dans la pratique hospitalière, où l'intervention opératoire est immédiate sitôt que cela devient utile ou nécessaire.

Il serait certainement fort intéressant de pouvoir consulter la statistique des évolutions spontanées en clientèle, où fréquemment sans doute, à la campagne en particulier, par ignorance ou par impossibilité matérielle, on a laissé se faire l'évolution : c'est là certainement qu'on relèverait des faits graves à son actif. Malheureusement de pareils documents ne

subsistent pas. Le seul cas relaté que nous ayons pu consigner est le suivant : l'intérêt des réflexions qu'il suggéra à ceux qui l'observèrent dépassant de beaucoup celui du phénomène lui-même, ce sont ces réflexions seulement que nous citerons textuellement.

Publié dans le *Bulletin Médical du Nord*, 1884, nous les donnons ici beaucoup moins comme document que comme curiosité.

A la suite d'une évolution spontanée à terme, enfant mort au travail chez une multipare, terminée sans accident, pendant qu'on était allé quérir un embryotome, les D^{rs} Vilette et Deswarte, chirurgiens de l'hôpital de Dunkerque écrivaient :

« Conclurons-nous de cette observation qu'il faille toujours attendre que la nature se prononce favorablement et rester simples spectateurs d'accouchements qui semblent impossibles ? Assurément non.

« Il faut éliminer les cas où le médecin appelé dans le début du travail peut intervenir et sauver l'enfant par la version.

« Mais en présence de cas pareils à celui relaté plus haut, et qui en somme, arrivent de temps en temps dans la pratique, cas désespérés ou qui semblent tels, lorsque la femme n'est pas encore épuisée, que les contractions utérines sont énergiques, nous sommes désormais décidés à conseiller une prudente expectative. Cette attente sera sans doute longue, pé-

nible, ennuyeuse, mais elle sera peut-être aussi couronnée de succès.

« Queserait-il arrivé si les circonstances nous avaient permis d'arriver avant la terminaison de l'accouchement ? Que serait-il arrivé si j'avais eu sous la main les instruments nécessaires, si cette femme était entrée à l'hôpital ?

« Il est certain que nous aurions pratiqué l'embryotomie ou tout autre opération périlleuse à laquelle notre patiente eut sans doute succombé. »

Aussi à cette époque où les journaux et les livres d'obstétrique ne parlent que d'embryotomies et d'opérations césariennes, où l'appareil instrumental est entre les mains de tous, où l'on est par conséquent poussé à une très rapide intervention, nous avons pensé qu'il était bon de mettre sous les yeux de nos confrères un fait extraordinaire que la patience seule opéra, mais qui pourrait certainement se présenter plus souvent si nous savions attendre.

Nous nous garderons bien d'ajouter aucun commentaire à cette surprenante observation que nous eussions sans doute hésité à reproduire, si elle n'avait été déjà publiée dans un Journal de Médecine, cité dans un Index important, et cela à une date relativement récente.

CONCLUSIONS

I. — La conduite à tenir dans les cas où chez une femme en travail, le fœtus vivant se présente par l'épaule est simple : il faut pratiquer la version par manœuvres internes.

II. — Lorsque l'enfant est mort et volumineux, l'embryotomie cervicale ou rachidienne est presque toujours nécessaire ; ce n'est que dans des conditions exceptionnelles qu'on peut recourir à la version.

Il ne faut jamais compter sur l'évolution spontanée bien que plusieurs fois elle ait été observée dans ces conditions.

III. — La conduite à tenir est plus délicate lorsque le fœtus mort est de petit volume : l'évolution spontanée s'observe alors assez souvent. Cependant l'embryotomie est encore ici l'opération de choix : il ne faut jamais la différer lorsque les conditions nécessaires existent, en raison même de l'impossibilité où l'on est de savoir si l'évolution spontanée se fera. Quant à la version elle doit être à peu près abandonnée en pareil cas.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

VU : LE DOYEN, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
